第一图书网, tushu007.com

<<临床麻醉难点解析>>

图书基本信息

书名：<<临床麻醉难点解析>>

13位ISBN编号：9787117137614

10位ISBN编号：7117137614

出版时间：2010-12

出版时间：人民卫生

作者：陈志扬

页数：271

字数：232000

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：http://www.tushu007.com

前言

我们每一个麻醉医生都必须感谢麻醉学前辈，是他们编写的教科书、参考书哺育了我们，我们今天的一切成绩都是站在他们的肩膀上取得的，我们首先向他们致敬！
但对于前辈们的智慧，我们崇敬但不能迷信，这样麻醉学才能不断进步和发展。
1988年我本科毕业时，曾经立志做一名内科医生，但命运偏偏使我做了一名麻醉医生。
在随后的数年里还经常幻想能改行做内科大夫，但终究没有改成。
然而随着时间的流逝，我不但渐渐定下心来做麻醉医生，而且渐渐喜欢上麻醉了，是发自内心的喜欢，再后来到现在可能算得上是热爱了吧，因为现在我如果哪一天没有打硬膜外、没有插管就会有失落的感觉。
一眨眼，已经整整22年过去了，我从本科毕业生、硕士、博士、博士后，到副主任医师，从安徽到广东，从广州中山医科大学再到上海复旦大学，这些经历可谓丰富。
古人云，“学而不常思，其为惑也”。
多家医院麻醉科学习和工作的经历，特别是在复旦大学附属肿瘤医院工作的经历，让我养成了勤于思考的习惯，于是我在临床麻醉工作中有了一些体会、心得，也有了一些感悟、观点与见解。
时时有一种冲动，就是要把这些东西写下来。
作为一名临床医生，我认为这些东西对麻醉同仁肯定有帮助，于是提笔。

<<临床麻醉难点解析>>

内容概要

临床麻醉医生工作中一定遇到过很多棘手的难点，如有些硬膜外穿刺看似成功，但效果不佳；困难气管插管；全麻病人术后呕吐严重；高血压病人是否需要停手术等。
传统参考书上的纵向思维方式显然不能让我们只要看书就可把麻醉做完美。
作者作为一个每天自己亲自做麻醉的高年资医生，通过的横向思考，把这些难点作了逐一解析。
全书含医德篇讨论了麻醉与循证医学；麻醉前准备篇包括呼吸系统手术前准备和呼吸功能锻炼、麻醉禁忌与停手术；麻醉操作篇包括硬膜外穿刺规范化操作、硬膜外阻滞的难点、穿刺、置管误入蛛网膜下腔、颈丛神经阻滞、乳腺肋间神经阻滞、困难气管插管、双腔管插管和管理、逆行气管插管、喉罩、深静脉穿刺；麻醉管理篇包括吸人全麻的管理、“麻”、“醉”、“麻醉”、术中知晓、全麻后苏醒延迟、麻醉与催眠术、起搏与除颤、麻醉期间意外伤害和远期并发症、开胸术后吸功能衰竭、超高龄老人的麻醉、吸入麻醉的苏醒、心血管活性药物的评价、临床麻醉医生常见失误、超前镇痛；疼痛篇包括慢性疼痛专科门诊治愈率的提高、癌痛规范化治疗、癌症病人的镇痛计划、镇痛泵；争议篇包括临床麻醉工作中的一些错误和争议；病例分析篇包括一些疑难病例的处理。

第一图书网, tushu007.com

<<临床麻醉难点解析>>

书籍目录

一、医德篇
麻醉与循证医学
(一)循证医学的概念
(二)实施循证医学的依据
(三)循证医学的实践步骤
(四)循证医学和传统医学之间的差异
(五)循证医学证据的来源与可信度分级
(六)循证医学在麻醉学中的应用
二、麻醉前准备篇
第一章　呼吸系统手术前准备和呼吸功能锻炼
第二章　麻醉禁忌与停手术
三、麻醉操作篇
第一章　硬膜外穿刺规范化操作的要点
第二章　硬膜外阻滞的几个重要问题
第三章　穿刺、置管误入蛛网膜下腔
第四章　颈丛神经阻滞方法和要求的探讨
第五章　乳腺手术的肋间神经阻滞术
第六章　气管插管和困难气管插管
第七章　双腔管插管和管理的临床要点
第八章　逆行气管插管
第九章　喉罩使用的探讨
第十章　深静脉穿刺的深度思考
四、麻醉管理篇
第一章　吸入全麻的管理
第二章　“麻”、“醉”、“麻醉”及麻醉深度的探讨
第三章　术中知晓
第四章　全麻复合胸段硬膜外阻滞对心肌缺血应激反应的影响
第五章　全身麻醉后苏醒延迟和苏醒障碍
第六章　麻醉与催眠术
第七章　麻醉过程中的起搏与除颤
第八章　麻醉期间意外伤害和远期并发症
第九章　开胸手术后麻醉复苏期呼吸功能衰竭
第十章　肿瘤外科手术麻醉中几个值得重视的问题
第十一章　超高龄老人的麻醉处理
第十二章　吸入麻醉的快速苏醒
第十三章　心血管活性药物的评价
第十四章　临床麻醉医生常见的失误
第十五章　超前镇痛
五、疼痛篇
第一章　慢性疼痛专科门诊治愈率的提高
第二章　癌痛规范化治疗的临床要点
第三章　癌症患者的镇痛计划
第四章　手术后镇痛泵
六、争议篇
第一章　临床麻醉工作中的一些错误与争议之一

第一图书网, tushu007.com

第二章　临床麻醉工作中的一些错误与争议之二
第三章　手术后猝死
第四章　心肺脑复苏失败的原因分析
第五章　拨雾工程——把植物人唤醒
第六章　阿片类药物依赖与三级记忆的关系
第七章　　阿片类药物耐受性和依赖性的形成机制及其治疗
七、病例分析篇
第一章　术中突发室颤抢救成功1例
第二章　心肺脑复苏2例
第三章　急性左心衰竭抢救成功1例
第四章　抗生素休克抢救成功1例
第五章　强直性脊柱炎麻醉处理1例
八、综合篇
第一章　中国麻醉学的先驱者
第二章　给前线战友的一封信
参考文献

章节摘录

中心环节就是使患者胸内压力不要骤然升高或骤然降低。
缓慢深吸气或缓慢深呼气，可提高肺功能。
慢性阻塞性肺病的患者，许多肺组织发生病变，长期不开放，也不参与气体交换，让这些肺组织重新“活化”就可增加肺功能。
怎样使得这些肺组织重新“活化”呢？
这就需要让患者进行自我呼吸功能锻炼。
其主要目的是扩张肺泡，增加参与呼吸的肺泡数量。
正确进行有效及时的呼吸功能锻炼能够改善肺功能，进而提高肺泡与血液、血液与组织器官之间的气体交换能力，从而使机体各部获得更充分的氧。
口诀是吸气时“丝、丝、丝……”，呼气时是“呼、呼、呼……”。
具体方法有腹式呼吸法、缩唇呼气法、呼吸体操等数种。
不同的呼吸锻炼方法、患者耐受程度不同，要求锻炼的时间不完全相同，一般每次半小时左右，每天4-6次，持续5～7天，患者的肺功能可能有一定程度的提高。
（1）腹式呼吸法：腹式呼吸法是指呼吸时让腹部凸起，吐气时腹部凹入的呼吸法。
选用何种体位进行练习，应请医生根据所患疾病选择立位、坐位或平卧位。
初学者以半卧位最合适。
两膝半屈或在膝下垫一个小枕头，使腹肌放松，两手分别放在前胸和上腹部，用鼻子缓慢吸气时，膈肌松弛，腹部的手有向上抬起的感觉，而胸部的手原位不动，呼气时腹肌收缩，腹部的手有下降感。
患者可每天进行练习，每次做5-15分钟，每天训练以5～7次为宜，逐渐养成平稳而缓慢的腹式呼吸习惯。
需要注意的是，呼吸要深长而缓慢，尽量用鼻而不用口。
训练腹式呼吸有助于增加通气量，降低呼吸频率，还可增加咳嗽、咳痰能力，缓解呼吸困难。

编辑推荐

《临床麻醉难点解析》由人民卫生出版社出版。

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:http://www.tushu007.com